Ueber Eiterungen bei Syringomyelie mit besonderer Berücksichtigung der unteren Extremität.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Philipps-Universität

in

Marburg

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

WERNER BEISHEIM

approb. Arzt aus Duisburg-Beck.

Marburg 1921.

Buchdruckerei Hch. Kilber Nachf.

Referent: **Herr Prof. Dr. Läwen.**

Angenommen 28. 11. 21.

Über Eiterungen bei Syringomyelie mit besonderer Berücksichtigung der unteren Extremität.

Nur selten liest man etwas von den Eiterungen an den unteren Extremitäten bei Syringomyelie. Seltsam bekannt und geschildert sind dagegen diese Prozesse an den Armen und Händen. Bedingt ist dies wohl mit Recht durch die viel größere Häufigkeit der Erkrankung der oberen Extremitäten — nach Schlesinger ca. 80 % — weil eben die cervicale Form dieses Rückenmarksleidens in ebenso hohem Maße die lumbo-sacrale Form überragt und der Ort der Höhlenbildung im Rückenmark mit dem Ort der eitrigen Erkrankung wohl zweifellos in Zusammenhang steht. Prinzipiell sind ja auch keine Unterschiede zu verzeichnen hinsichtlich Ursache, Verlauf, Behandlung usw. Aber trotzdem zeigen sich doch einige Abweichungen insofern z. B. am Fuß gerade die große Zehe auch mit ihren Gelenken sehr häufig der Hauptsitz der Eiterungen zu sein scheint, wohingegen die Daumengelenke sich mehr wie die größeren Gelenke verhalten und zu rein arthristischen Veränderungen neigen. Daß, wie Borchard annimmt, die Fuß-Erkrankung nur im höheren Alter auftritt, wird durch die beiden Fälle der hiesigen Klinik widerlegt, denn beide Patienten gehörten den mittleren Lebensjahren an. Auch die Angabe, daß dieselbe nur bei der reinen Lumbo-Sacral-Form vorkommt, ist zum mindesten zweifelhaft, denn im Fall T. handelte es sich vielleicht um Cervical-Syringomyelie, ohne daß die tieferen Teile des Rückenmarkes mit ergriffen waren.

Die Charakteristika der syringomyeloischen Eiterungen als solcher sind kurz folgende: Auffallende Analgesie und infolgedessen auch geringe Funktionsstörungen, ev. stärkere Oedeme und geringer dünnflüssiger Eiter; Lokalisation des Prozesses auf den Herd der Erkrankung, seltene Allgemein-Infektion des Körpers mit Ausgang in Sepsis-Fernor: oft sehr chronischer Verlauf mit häufigen Rezidiven und schlechter Heilungstendenz. Die Therapie muß möglichst konservativ gehalten sein, weil infolge der trophischen Schädigungen größerer Gebiete von einem eigentlich gesunden Gewebe nicht mehr gesprochen werdenn und weil der verhältnismäßig gutartige Verlauf auch scheinbar schwerer Fälle bei Weglassen aller operativen Maßnahmen in diesem Sinne redet.

Nun die beiden Fälle der hiesigen Klinik:

1) R. Sch., Schlossergeselle aus Memel, 48 J. alt, bot die charakteristischen Zeichen für Lumbo-Sacral-Syringomyelie. Dementsprechend ist auch der Sitz der trophischen Störungen in den unteren Extremitäten: alle Mittelfußknochen, besonders der erste, sind auf dem Röntgenbild stark verdickt.

Anamnestisch begann eine Eiterung 1 Jahr vor der Aufnahme an der l. Großzehe und führte dann zu häufigen Rezidiven und Erkrankung der anderen Zehen. Beide Großzehen sind aber durch das Fehlen des Nagelgliedes besonders stark in Mitleidenschaft gezogen.

2) E. T., Tagelöhner aus Züschen, 33 J. alt. An der r. Hand sind Spuren häufiger Eiterungen zu konstatieren. Die übrigen Symptome sprechen ebenfalls eindeutig für einen größeren syringomyelitischen Herd im Halsmark. Die jetzige Erkrankung begann angeblich durch eine Steinsplitter-Verletzung der r. großen Zehe. Daraufhin nach einem Tag Schwellung, Rötung und Schmerzhaftigkeit. Bei der Incision findet sich dicker Eiter. Ein besonderes Oeden des Fußes ist nicht eingetreten. Ca. 18 Tage nach der Klinikaufnahme kommt es unter Schüttelfrosterscheinungen zu einer Metastase in der r. Fossa olecrani. Behandlung durch Inzision. Es treten dann noch verschiedentlich Schüttelfröste auf mit Abszedierung am r. Oberarm.

Eine zweite Operation am Fuß ergibt an Stelle des Metastarsale I eine große Eiterhöhle, in der nur noch wenige Spongiosateilchen und Knorpelschalen von proximalen und distalen Ende liegen. Auch von der ersten Phalanx und vom Cuboid ist der Knorpel abgelöst. Nach ungefähr 3 Monaten ist die Fußwunde verheilt, diejenige am r. Ellbogen erst nach 7. Die Röntgenaufnahme vor der Entlassung ergibt schwere atrophische Störungen sämtlicher Fußwurzelknochen. Doch hat sich das Metastarsale I wieder regeneriert, wenn auch seine Gestalt bedeutend plumper ist. Die Sensibilitätsdefekte an den unteren Extremitäten sind nicht eindeutig, so daß man nicht mit Sicherheit behaupten kann, daß auch eine Höhlenbildung im Lumbo-Sacralmark vorhanden ist. —

Diese Fuß-Eiterung ist insofern atypisch, weil kein stärkeres Oedem, viel dicker Eiter und Schmerzhaftigkeit zu konstatieren waren. Der längere Heil-Verlauf, die Gutartigkeit und die trophischen Störungen (Röntgenbild) sprechen aber für eine syringomyelitische Osteomyelitis.